UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 21

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

SUR LE

Centre Militaire Ophtalmologique

DE MONTPELLIER

(Août 1914 - Juin 1915)

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Le 28 juillet 1915

PAR

Manoh LÉVIEFF

Né à Viddin (Bulgarie), le 15 décembre 1889

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITE

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse

TRUC, Professeur, *Président.*
GILIS, Professeur
MOURET, Prof.-adjoint } *Assesseurs.*
J. DELMAS, Agrégé

MONTPELLIER

IMPRIMERIE ROUMÉGOUS ET DÉHAN

Rue Vieille-Intendance, 5

1915

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 21

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

SUR LE

Centre Militaire Ophtalmologique

DE MONTPELLIER

(Août 1914 - Juin 1915)

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Le 28 juillet 1915

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Manoh LÉVIEFF

Né à Viddin (Bulgarie), le 15 décembre 1889

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse

TRUC, Professeur, *Président.*
GILIS, Professeur
MOURET, Prof.-adjoint } *Assesseurs.*
J. DELMAS, Agrégé

MONTPELLIER

IMPRIMERIE ROUMÉGOUS ET DÉHAN

Rue Vieille-Intendance, 5

1915

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE

de mon Père et de ma Mère

A mon frère Mosco

Faible témoignage
d'estime et de reconnaissance.

A mes Frères et à mes Sœurs

LÉVIEFF

A MON CHER MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR H. TRUC

Officier de la Légion d'Honneur
Professeur de Clinique ophtalmologique à l'Université

Hommage de profonde reconnaissance

LÉVIEFF

A Monsieur le Docteur GILIS

Chevalier de la Légion d'Honneur
Professeur d'Anatomie à l'Université

A Monsieur le Professeur-adjoint MOURET

A Monsieur le Professeur-agrégé J. DELMAS

A Monsieur le Docteur WLADIMIROFF

Meis et Amicis

LÉVIEFF

AVANT-PROPOS

Qu'il nous soit permis, à l'heure où nous accomplissons dans cette chère Faculté notre dernier acte de solidarité, d'exprimer devant les Maîtres qui furent, au cours de nos études médicales, les guides les plus sûrs et les plus paternels, les sentiments de gratitude et de reconnaissance dont notre cœur déborde à cette heure. Mais il nous plaît de dire, avant toute chose, que ces sentiments s'étendent non seulement à la Faculté où nous avons pris les premières clartés de la science médicale et à la Ville de Montpellier, que nous ne quitterons pas sans regrets, mais aussi et surtout à la France, que six années d'un séjour continu nous ont appris à connaître et, partant, à aimer et admirer. Le souvenir de ce pays si hospitalier, aux idées si nobles et si généreuses, toujours accessible aux sentiments d'humanité, restera fidèlement et précieusement gravé au plus profond de nous-même.

Nous n'oublierons jamais non plus les quelques mois que nous avons passé dans la Clinique de notre cher maître, M. le Professeur Truc, pendant lesquels il nous fit le très grand honneur de nous admettre comme interne. Nous tenons à lui apporter ici le tribut de notre sincère et inaltérable reconnaissance pour les leçons si méthodiques et si vivantes qu'il nous a toujours données, ainsi que pour les conseils si éclairés qu'il nous a prodigués et auxquels nous attachions un si grand prix. C'est, en effet, à M. le Professeur Truc que nous devons d'avoir pris goût à l'étude de l'Ophtalmologie et d'avoir acquis quelques connais-

sances dans cette branche de la science médicale qui demeurera sans doute pour nous la base même de notre profession. Aussi sommes-nous heureux, aujourd'hui, de lui dédier ce modeste travail — que nous voudrions plus digne de lui — en témoignage de notre infinie gratitude.

M. le Professeur Gilis n'a cessé d'être pour nous un maître plein de bienveillance dont les leçons si claires et si précises ont été pour nous d'un précieux secours, au cours de nos études.

A M. le Professeur-adjoint Mouret et à M. le Professeur Delmas, nous adressons nos remerciements les plus sincères pour avoir bien voulu nous faire l'honneur de siéger à notre soutenance.

Nous croirions manquer à notre devoir, si nous omettions de dire ici notre vive gratitude à tous les Maîtres qui sont chers à notre cœur et, d'une façon plus spéciale, à MM. les Professeurs Carrieu et Rauzier.

Il nous est agréable d'inscrire aussi le nom de notre cher ami M. le Docteur Pansier, qui, durant notre séjour à la Clinique Ophtalmologique, a été toujours pour nous un guide sûr et dévoué : nous n'aurions garde de l'oublier.

Enfin, nous tenons à remercier notre ami et compagnon de travail M. le Docteur Roumégous, pour la bonne volonté qu'il a mise toutes les fois que nous avons eu besoin de lui.

INTRODUCTION

Chargé des fonctions d'interne à la Clinique Opthalmologique de Montpellier depuis le début de la guerre, nous avons voulu, sur les conseils de notre maître, M. le Professeur Truc, consacrer notre thèse inaugurale à donner un aperçu du fonctionnement général du service pendant ces dix mois de campagne.

Dès le début déjà, la plupart des blessés oculaires, avaient été envoyés à la Clinique ; mais la Direction générale du Service de santé ayant créé dans chaque région des centres pour les diverses spécialités, nous avons continué à recevoir le plus grand nombre de militaires atteints de blessures ou de maladies intéressant l'appareil visuel ou ses annexes.

Parmi ces malades, venus des divers corps ou hôpitaux de la XVI^me^ région, les uns, dont l'état nécessitait des soins spéciaux ou des interventions, étaient hospitalisés ; les autres étaient examinés à la consultation externe et venaient chaque jour se faire panser, si cela était nécessaire. Tous ces malades sont l'objet d'une fiche individuelle complète, dont le double est transmis aux médecins chefs et présenté, le cas échéant, devant les conseils de réforme.

Dans une première partie, nous donnons la statistique des malades internes et externes, en séparant les blessures de guerre des autres affections. En outre, nous indiquons le nombre et la nature de diverses opérations pratiquées.

Dans la seconde partie, nous publions quelques observations

de blessures de guerre, intéressantes au point de vue clinique ou militaire.

Enfin, nous traitons brièvement quelques questions, dont la plupart ont été soulevées par différents oculistes, en insistant surtout sur la manière dont on procède à la Clinique Ophtalmologique de Montpellier.

STATISTIQUES GÉNÉRALES

MALADES INTERNES

507 affections diverses sur 286 malades internes

Maladie	Blessures		Ophtalmies	Total
	O. D.	O. G.		
Orbite	9	11	10	30
Muscles	2	2	2	6
Appareil lacrymal	1	2	24	27
Paupières	17	11	81	109
Conjonctive	7	6	78	91
Cornée	4	2	40	46
Sclérotique	6	8	»	14
Cristallin	10	5	8	23
Iris	12	9	27	48
Choroïde	11	8	5	24
Rétine	3	5	7	15
Globe	32	36	9	77
Réfraction	»	»	9	9

4 Sourcils. — Plaies 4.

30 Orbites. — Sarcome 1, ténonite 1, contusions 15, fractures 6, corps étrangers 7.

77 Bulbe. — Contusions simples 41, corps étrangers 7, hémorragies 3, panophtalmies 19, atrophies 7.

6 Muscles. — Paralys. dr. ext. 3, paralys. dr. inf. 2, nystagmus 1.

27 App. lacrymal. — Dacryocystites purul. 19, dacryocystites phlegmoneuses 8.

109 Paupières. — Contusions 3, plaies 12, blépharites simples 36, blépharites ulcéreuses 7, symblépharons 14, Entropions cicatr. 2, ectropions cicatr. 7, trichiasis 4, blépharospasmes 3, lagophtalmies 4, chalazions 17.

91 Conjonctive. — Plaies 8, conj. catarrhale 39, conj. purul. 9, conj. granul. 22, conj. pseudomembr. 3, symblépharons 3, pterygions 5, kystes 2.

14 Sclérotique. — Plaies 14.

46 Cornée. — Corps étrangers 6, K. purulentes 12, K. à hypopyon 6, K. interstitielles 4, leucomes 18.

23 Cristallin. — Cataractes choroïdiennes 4, cataractes traum. 18, luxation traum. 1.

48 Iris. — Plaies 5, iritis plastiques 13, irido-choroïdites traum. 21, iritis syphil. 3, iritis rhumatismales 6.

9 Corps ciliaire. — Plaies 9.

5 Vitréé. — Hémorrhagies 5.

15 Rétine. — Plaies 7, r. syphilitiques 3, décollements 5.

3 Glaucome. — Aigu 1, chronique 2.

OPÉRATIONS

Maladie	Blessures de guerre		Ophtalmies	Total
	O. D.	O. G.	O.	
Orbite	5	3	2	10
Appareil lacrymal	»	1	31	32
Paupières	27	17	13	57
Cornée	4	2	6	12
Iris	»	1	4	5
Cristallin	6	2	5	13
Globe	13	17	7	37

Évidement de l'orbite — 2.

Extraction de corps étrangers de l'orbite — 8.

Ablation du sac lacrymal — 6.
Curetage lacrymal — 26.
Cathétérisme lacrymal — nombreux.
Symblepharon — 6.
Entropion — 2.
Ectropion — 7.
Autoplastie et blepharoplastie — 13.
Ptérygion — 3.
Chalazion — 17.
Blépharoraphie — 9.
Corps étrangers de la cornée — 12.
Iridectomie — 5.
Extraction de la cataracte — 13.
Évidement du globe — 15.
Énucléation — 22.

MALADES EXTERNES

5.757 affections diverses sur 4.482 malades externes

9 Orbite. — Ténonites 2, angiomes 2, exophtalmies 5.

153 Bulbe. — Contusions 24, corps étrangers 2, panophtalmies 2, atrophies 21, staphylomes 104.

242 Muscles. — Strabismes converg. 95, strabismes diverg. 102, paralysies 22, nystagmus 23.

93 App. lacrymal. — Dacryocystites muqueuses 38, dacryocystites purul. 38, dacryocystites phlegm. 8, dacryocystites fistuleuses 7.

288 Paupières. — Contusions 9, corps étrangers 3, blépharites 192, entropions 14, ectropions 18, trichiasis 12, blépharospames 3, ptosis 16, kyste dermoïde 1, chalazions 18.

620 Conjonctive. — Plaies 9, corps étrangers 7, conj. catarrhales 433, conj. purulentes 20, conj. blennorrhagiques 5, conj. folliculaires 5, conj. printanières 7, conj. granuleuses 87, conj. pseudo-membr. 7, conj. électrique 1, symblépharons 13, ptérygions 26.

51 Sclérotique. — Episclérites 34, sclérites 6, plaies 5, staphylomes 6.

378 Cornée. — Corps étrangers 27, kératites ulcéreuses 45, kératites à hypopyon 15, kératites phlycténulaires 12, kératites interstitielles 4, leucomes 283, staphylomes 2.

160 Cristallins. — Cataractes simples 88, cataractes secondaires, 15, cataractes capsulaires 5, cataractes polaires 2, cataractes traumatiques 47, luxation cristall. 3.

164 Iris. — Arrachements 29, iritis séreuses 40, iritis plastiques 41, iritis rhumat. 14, iritis syphilitiques 5, polycories 3, colobomes 32.

81 Choroïde. — Plaies 13, choroïdites 63, colobomes 5.

28 Vitrée. — Corps étrangers 3, hémorrhagies 15, hyalites 7, mouches 3.

4 Glaucome. — Glaucomes chroniques 3, glaucome aiguë 1.

Rétine. — Plaies 12, déchirures 7, rétin. hémorr. 11, rétin. pigm. 5, décollements 15, fibres myéliniques 4.

91 Nerf optique. — Névrites 20, Névrites toxi-éthyliques 29, atrophies optiques 42.

131 Amblyopies. — Amblyopies alcool. et nicotin. 3, amblyopies par défaut d'usage 109, hémianopsies homonymes 2, héméralopie 13, ambyopies hystéro-traum. 4.

3210 Réfractions. — Myopies 1223, hyperopies 399, astigmies simp. 709, astigmie et myopies 560, astigmie et hyperopies 289, aphaxies 13, presbyties 17.

OBSERVATIONS

Observation I

Cataracte gauche spontanée, extraction précoce ; maintenu dans le service armé.

(Extrait du rapport de mars 1915, XVI[e] région.)

D..., sergent, présente à gauche une cataracte complète semi-molle, de cause traumatique antérieure à la guerre et remontant à plusieurs années. Bonne projection. Œil droit normal. Extraction simple ; VOG = 0.6 après correction, et vision utile sans verre.

Maintenu dans le service armé, sans gratification.

Observation II

Cataracte gauche par commotion ou contusion directe ; extraction linéaire simple précoce ; maintenu dans le service armé.

(Extrait du rapport de mars 1915. XVI[e] région)

D..., adjudant, a été blessé au visage et à l'œil gauche par des débris de terre, à la suite d'éclatement d'obus. Cataracte gauche diffuse semi-molle. Bonne projection. Œil droit normal.

Extraction linéaire simple précoce. VOG = 0.7 après correction et utile sans correction, quoique gênante au début, sans verres.

Maintenu dans le service armé, avec gratification.

Observation III

Cataracte traumatique chez un borgne ; conservation d'une vision relativement bonne après opération.

F. J., 34 ans, 143e d'Infant. Entre à la Clinique le 12 mars avec nombreuses plaies confuses de la face, nez, paupières par éclat de marmite ; en outre, il présente une contusion de l'œil droit, ecchymoses sous-conjonctivales et cataracte traumatique V = 1/100 ; œil gauche V = Q. A l'examen ophtalmoscopique, on voit des déchirures et hémorragie de la rétine.

Extraction linéaire de la cataracte ; guérison ; sort le 20 mai avec V = 0.3. Réforme N° 1, 2me catégorie.

Observation IV

Cataracte droite diffuse par commotion ; extraction précoce ; maintenu dans le service armé.

(Extrait du rapport de mars 1915, XVIe région.)

G..., blessé au nez par une balle de fusil allemand, qui a traversé en séton la racine de l'organe (d'ailleurs à la Cyrano) et entraîné, sans lésions appréciables, une cataracte diffuse de l'œil droit. Bonne projection ; œil gauche normal. Après guérison du nez et opacification complète du cristallin, extraction linéaire simple de la cataracte. Vision bonne après correction (0.5, 0.6), avantageuse, sans verres, pour la vision courante et l'extension du champ visuel.

Maintenu dans le service armé avec gratification.

Observation V

Cataracte traumatique, hernie du corps ciliaire, glaucome consécutif; extraction de la cataracte, iridectomie antiglaucomateuse; conservation de l'œil.

B. J., 26 ans, 72e d'Infant., entre à la Clinique le 9 décembre 1914 avec une iridochoroïdite aiguë, hernie du corps ciliaire et cataracte traumatique de l'œil gauche à la suite de blessure par éclat d'obus. Résection de la hernie immédiatement après son arrivée. Au bout de quelques jours, les phénomènes inflammatoires ayant diminué, on pratique l'extraction linéaire de la cataracte.

Quelques jours après, il accuse des douleurs oculaires et présente du glaucome. Le 21 février, on lui fait une iridectomie antiglaucomateuse. Le 20 mars, le malade quitte la Clinique guéri, avec vision 1/100 sans correction; maintenu service armé, gratification après la guerre.

Observation VI

Volumineux corps étranger cuprique retrocristallinien chez un borgne avec conservation prolongée d'une bonne vision; réforme N° 1, avec gratification de 100/100.

(Extrait du rapport du mois de mars 1915, XVIe région).

G..., sergent, blessé en novembre aux deux yeux par un éclat de bombe. L'œil gauche a été détruit et enlevé.

L'œil droit, à l'entrée dans le service, était perforé à deux millimètres du bord extérieur de la cornée, hypotone, douloureux, à vision permettant, toutefois, de compter les doigts à 30^{cm}.

Cet œil présentait, en outre, de l'irido-choroïdite avec décoloration de l'iris, pupille elliptique à grand axe vertical, sans adhérence et un débris métallique jaunâtre et brillant de deux millimètres (?) environ, à bords irréguliers, placé verticalement de champ en arrière du cristallin, tout à fait transparent.

Large recouvrement conjonctival de la plaie d'entrée, avivement, régularisation et antisepsie au rouge, atropine et occlusion légère. Amélioration rapide et guérison locale en peu de jours avec tonus subnormal et vision accrue.

L'examen direct, après mydriase, permet de constater une notable décoloration de l'iris, la déformation elliptique persistante de la pupille et la présence, dans les conditions initiales identiques, du corps étranger cuprique, presque plaqué contre le cristallin transparent. Pas de lésions ophtalmoscopiques appréciables.

Sous l'influence de l'atropine et du repos, l'état oculaire et visuel s'est d'abord maintenu, puis notablement amélioré, et la guérison a paru complète et peut-être définitive. La vision est de 0.5, 0.6 sans verres ; de 0.8, avec légère correction cylindrique ou pression digitale palpébrale directe au niveau de la région oculaire externe, vers le point blessé. A la grande lumière et sans mydriase, la vision fléchit quelque peu, tandis que celle-ci gagne à l'ombre ou après atropine : le corps étranger, faisant écran, nécessite, en effet, une dilatation pupillaire moyenne.

Cet état oculaire et visuel s'est maintenu jusqu'à ces derniers jours et paraît devoir longtemps persister, peut-être indéfiniment. Le Conseil de réforme, sur les indications de M. le Professeur Truc, a néanmoins envisagé l'insuffisance absolue et la disparition possible de la vision actuelle ; mais, pour réserver

l'avenir, il a attribué au blessé, avec la réforme n° 1, non pas la retraite de 1re classe, mais une gratification de 100 o/o ; ce cas exceptionnel paraît intéressant tant au point de vue clinique que militaire.

1° *Côté clinique.* — Il ne fallait pas tout d'abord songer à l'extraction immédiate du corps étranger par la petite plaie d'entrée scléro-ciliaire, c'eût été funeste pour la vision : il valait mieux parer à l'infection intraoculaire, et on y a réussi avec un large recouvrement conjonctival. Mais devait-on ensuite revenir à l'extraction du corps étranger par incision sclérale et vitréenne en dehors, en haut, en bas ou même en dedans ? C'était tentant, car possible ; et nous savons que les corps cupriques sont particulièrement et chimiquement nocifs. Il fallait, toutefois, observer que l'œil blessé était unique, que le cristallin restait absolument transparent, que la guérison se complétait rapidement, que la vision redevenait presque normale, enfin que toute intervention radicale compromettait irrémédiablement l'organe, avec cataracte probable, issue du vitrée, irido-choroïdite consécutive, atrophie éventuelle du globe. Dans ces conditions, on a préféré attendre. Considérant la position spéciale du corps étranger dans une région avasculaire, sa tolérance organique prolongée, la bonne vision persistante, on croit avoir bien agi. S'il survient des complications, on aviserait. Le patient est prévenu ; le cas échéant, on fera pour le mieux à tous égards. En attendant, étant instituteur et diplômé, il apprendra l'écriture Braille et la dactylographie pour exercer dorénavant chez les aveugles, comme autrefois chez les clairvoyants.

2° *Côté militaire.* — La réforme n° 1 s'imposait et a été décidée par le Conseil. Mais devait-on choisir la retraite définitive ou la gratification temporaire ? La retraite étant sans revision possible et sans appel et la classe difficile à établir, vu la vision actuelle et sa disparition possible. La gratification étant renou-

velable et transformable en retraite, réservait mieux l'avenir ; elle a été préférée et libéralement établie à 100 o/o. Excellente décision administrative.

Observation VII

Volumineux chémosis avec rétropulsion du globe. — Blépharoraphie interne et conservation du globe.

D. A., 21 ans, 45me d'Artillerie, à la suite d'une blessure frontale par éclat d'obus, présente atrophie optique, exophtalmie paralysie du droit supérieur et chémosis de l'œil droit.

Après ponction et expression du chémosis, son volume diminue considérablement ; mais il se reproduit. Lors de la blépharoraphie interne et médiane l'œil reste.

Guérison et conservation du globe.

Observation VIII

Balle de schrapnell intraorbitaire provoquant du trismus pseudo-tétanique ; extraction après énucléation ; guérison.

(Extrait du rapport de mars 1915, XVIme région.)

L..., sergent, a été blessé par une balle ou un éclat d'obus, dit-il, à l'œil gauche. Attrition du globe, contusion de la région orbitaire, douleurs vives. Œil droit normal.

Dès l'entrée à la Clinique, on pratique une injection antitétanique, et, peu après, l'énucléation de l'œil gauche. Pas de corps étranger appréciable intraoculaire ou intraorbitaire. On constate,

malgré l'opération, un léger trismus, et on pratique une seconde injection antitétanique ; sans résultat appréciable.

Le trismus étant plus accentué à gauche, l'œdème conjonctival et les douleurs correspondantes persistant, on explore de nouveau la cavité orbitaire (soupçonnant un corps étranger, avant toute radiographie) et on découvre dans la région orbitaire interne, temporale, profonde, une balle de schrapnel, qu'on extrait laborieusement.

Amélioration locale, rapide, disparition du trismus pseudo-tétanique et guérison complète en quelques semaines.

Observation IX

Balle de fusil logée dans le sinus frontal ; guérison après extraction, sans lésions du côté de l'appareil oculaire.

M. I..., 21 ans, 110me d'Infanterie, entre à la Clinique pour plaie à l'angle interne de l'œil gauche ; il accuse, en outre, des légères douleurs susorbitaires le matin au réveil et pendant la marche.

La radiographie révèle une balle logée dans l'angle interne de l'orbite, située dans un plan passant à deux centimètres en arrière de l'angle externe de l'orbite, pris comme point de repère, la balle étant dirigée la pointe en avant.

Opération avec l'assistance du professeur Mouret ; incision profonde le long du bord supérointerne de l'orbite, décollement périostique et reclinaison en dehors des tissus et du globe ; extraction d'une balle allemande, sans difficulté, au point indiqué ; drainage et pansements.

Le malade sort dix jours plus tard complètement guéri, avec

vision normale et sans aucun trouble de l'appareil moteur de l'œil.

Maintenu dans le service armé.

Observation X

Méningite tardive, consécutive à une fracture de la voûte orbitaire; décès.

L. D., 24 ans, 173me d'Infant., entre à la Clinique pour plaie frontale avec atrophie optique de l'œil droit. La radiographie montre des éclats métalliques dans la région susorbitaire. On observe une suppuration et une céphalée persistantes, qui décident à intervenir. Après trépanation, on constate l'effondrement de la voûte orbitaire et de la table interne du frontal ; après nettoyage des foyers de suppuration, on extrait quelques éclats métalliques.

Le malade se rétablit rapidement, on observe la cessation de la suppuration, ainsi qu'un bon état général.

Un mois après environ, sans cause appréciable, le blessé présente des troubles méningitiques ; on pratique la ponction lombaire, et l'examen du liquide céphalo-rachidien permet de diagnostiquer une méningite aiguë à staphylocoques. Malgré les ponctions lombaires, suivies d'injections d'électrargol dans le canal médullaire, la mort ne tarde pas à se produire.

Observation XI

Méningite tardive à la suite de suppuration crânienne ; décès.

O. E., 33 ans, 142e d'Infant., entre à la Clinique pour diminution de la vision OD, ptosis léger et plaie susorbitaire. A l'examen ophtalmoscopique, on constate une légère atrophie optique, papille blanche décolorée, VOD = 1/100. La radiographie révèle de nombreux éclats métalliques dans la région frontale.

La suppuration persistant toujours, de même que la céphalée, on se décide à intervenir. Le 3 novembre, il subit l'opération du trépan, et on constate l'effondrement de la voûte orbitaire; extraction de nombreux séquestres et drainage.

Malgré les lavages quotidiens à l'eau oxygénée, la suppuration persiste ; du côté de l'œil, amélioration de la vision et diminution du ptosis ; en outre, le malade accuse toujours une céphalée intermittente.

Le 28 mai, le malade se plaint d'une céphalée intense, photophobie et quelques vomissements ; il présente aussi du Kernig et la raie méningitique ; du côté de la plaie, la suppuration a disparu complètement. La ponction lombaire faite le même jour révèle un liquide très peu louche, sans tension ; à l'examen cytologique et microbiologique du liquide, nombreux polynucléaires et staphylocoques ; donc, méningite aiguë à staphylocoques. Malgré les ponctions lombaires pratiquées tous les jours, et suivies d'injections d'électrargol, la mort est survenue le 4 juin.

QUESTIONS DIVERSES

I. — BLESSURES DE GUERRE

Parmi les blessures de guerre que nous avons eu l'occasion de voir pendant ces 10 mois à la Clinique Ophtalmologique de Montpellier, les unes intéressaient seulement l'œil et l'orbite, les autres présentaient en même temps des lésions des régions voisines : sinus périorbitaires, cavité buccale, nez, maxillaires, etc.

Une mention spéciale doit être faite pour les blessures transversales, produites par balle ; elles sont d'ailleurs caractéristiques par leur gravité. Les blessures sont variables, suivant que les deux orbites sont traversées plus ou moins obliquement, que la balle traverse une partie plus ou moins profonde de l'orbite. Ou bien c'est l'éclatement des deux globes qui suit : infection consécutive, panophtalmie, ou bien éclatement d'un globe : lésions plus ou moins profondes du fond de l'autre œil.

Les blessures par éclats d'obus ont une gravité particulière pas seulement par les lésions du globe qu'elles produisent, dans quel cas il y a généralement éclatement, mais aussi par les lésions qu'elles causent aux organes voisins ; aussi, dans ces cas, y a-t-il généralement défiguration, des cicatrices consécutives, qui rendent plus tard la prothèse difficile et même impossible. Ces blessures sont suivies encore de suppurations, qui durent parfois assez longtemps ; cela est dû probablement à ce que les éclats d'obus sont généralement septiques. Dans toutes ces blessures, quand le globe est com-

plètement atteint, ou bien il y a éclatement, ou bien une contusion grave avec lésions du fond de l'œil : irido-choroïdite traumatique et atrophie consécutive.

Dans les cas de blessures plus légères, par petits éclats d'obus, éclats de pierre, de la terre, fil de fer, etc, il s'ensuit ou bien une cataracte traumatique avec ou sans lésions du fond de l'œil, ou bien une simple contusion du globe : irido-choroïdite traumatique, corps étranger de la cornée, corps étranger du globe, etc.

II. — ÉVIDEMENT ET ÉNUCLÉATION

Ce sont des opérations fréquentes, peut-être les plus fréquentes de chirurgie de guerre. Dans les cas de panophtalmie on pratique l'évidement (Truc), qui n'est qu'une modification de l'éviscération : on se contente de vider, avec la curette mousse, la cavité oculaire de son magma purulent et de faire des injections détersives, tout comme on procède quand on a affaire à un abcès ; pas de points de suture après l'opération, mais simple compression avec des tampons de coton humide. Les jours suivants lavages quotidiens intraoculaires, détersifs, tièdes et antiseptiques. La technique est très simple et les résultats très satisfaisants. Dans ces cas, on emploie ici, de préférence, l'anesthésie locale à la novocaïne-adrénaline ou l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle; et on a largement le temps de finir l'opération avant que le malade se réveille.

En cas d'attrition du globe ou de menace sympathique, on pratique l'énucléation. La technique est simple : on fait des injections circulaires sous-conjonctivales d'un centimètre cube de novocaïne-adrénaline ; avec un autre centimètre cube de la même solution on fait des injections profondes, rétroglobulaires, successivement à l'angle interne et externe de l'œil ; on attend généralement 20 à 25 minutes avant de commencer l'opération. Les malades n'accusent presque pas de douleur pen-

dant l'opération, si ce n'est la section de nerfs ciliaires périoptiques. Ni drainage, ni suture ; tout comme dans le cas d'évidement, simples injections à l'eau tiède, compression avec des tampons de coton humide pour arrêter l'hémorragie, de sorte que 3 à 4 jours plus tard, le malade est complètement dépourvu de tout pansement ; un bandeau simple avec 2 ou 3 tampons.

Au début, on employait la novocaïne-adrénaline ; celle-ci ayant manqué, on l'a remplacée par la stovaïne (1/100)-adrénaline, qui a donné un excellent résultat, et il semble même être un meilleur anesthésique, dans la chirurgie oculaire, que la novocaïne.

III. — CORPS ÉTRANGERS DE LA CORNÉE

Ce genre de blessure a été fréquemment observé ; beaucoup de corps étrangers très facilement accessibles ont été extraits sans difficulté par les procédés ordinaires. Parmi les autres, les uns, éclats de fer ou d'acier, par conséquent magnétiques, ont été enlevés au moyen de l'électro-aimant géant du professeur Rollet, mais certains non magnétiques et, de plus, profondément incrustés dans la cornée, donnaient de telles difficultés que, dans certains cas, on n'a pu les extraire par les procédés habituels. C'est le cas d'un lieutenant, porteur d'un minuscule corps étranger de la cornée, qu'on ne pouvait songer à extraire sans courir le risque de graves complications. On a préféré différer l'intervention et attendre que la cornée soit revenue à l'état normal. Nous avons d'ailleurs revu cet officier neuf mois après, avec son corps étranger parfaitement toléré.

Dans ces cas difficiles, notre Maître, M. le professeur Truc, emploie un procédé qui lui donne d'excellents résultats. Il consiste à sectionner la cornée au-dessus du corps étranger avec un sécant fin ; celui-ci une fois accessible, il ne reste plus qu'à le faire sortir par la brèche ainsi pratiquée.

IV. — CATARACTE TRAUMATIQUE

Doit-on opérer une cataracte traumatique, suite de blessure de guerre ? Cette question étant soulevée par certains oculistes, M. Valude, notamment, est résolue de deux manières. Les uns, se basant sur le risque d'aggravation de l'infirmité à la suite du fait de complications opératoires et de l'augmentation de l'indemnité du militaire, alors que, même en l'opérant avec succès, il ne toucherait pas une pension moindre que s'il était dans son état antérieur, refusent d'opérer toute cataracte traumatique.

Les autres se basent sur les faits suivants : les accidents et complications à la suite de l'opération de la cataracte traumatique, dans l'état actuel de la chirurgie oculaire, sont exceptionnels, après l'opération, le champ visuel est augmenté ; le fait même que l'œil atteint est rendu bon et que l'autre peut diminuer ou perdre sa vision à la suite d'un accident ; de sorte que il y a tous les avantages d'opérer, même au point de vue esthétique ; et c'est là l'opinion de la plupart des ophtalmologistes.

Particulièrement à la Clinique ophtalmologique de Montpellier, on opère toute cataracte traumatique, à moins qu'une considération clinique n'empêche de faire subir au blessé cette opération, et, jusqu'à présent, on n'a eu à signaler aucun accident ou complication. Dans plusieurs cas, cités plus loin, le résultat thérapeutique et militaire a paru très avantageux.

V. — MÉNINGITES TARDIVES

Notre attention a été attirée sur les deux cas de méningite tardive, dont les observations sont publiées ci-dessus. C'est l'effondrement de la paroi supérieure de l'orbite, mettant en communication celle-ci avec la cavité crânienne, qui a été constatée dans les deux cas. Des blessés entrant à la Clinique pour dimi-

nution de la vision du côté atteint, ne se plaignant presque pas de leurs plaies fistulisées, qui traînaient depuis assez longtemps.

La trépanation a eu pour but, dans ces cas, l'extraction de quelques éclats métalliques et le nettoyage des foyers de suppuration : un mois dans le premier cas, cinq mois dans le second; les malades n'accusaient presque plus de troubles : on aurait pu les croire au premier abord guéris, à part la petite plaie drainée qui continuait toujours à suppurer. M. le Professeur Lagrange, dans son rapport du mois de mai 1915, attire, avec juste raison l'attention sur ces blessures avec effondrement de la paroi supérieure de l'orbite, dont il publie un cas, suivi d'ailleurs de décès par méningite suraiguë.

Il importe de tenir grand compte de ces faits pour maintenir un drainage prolongé et réserver le pronostic définitif.

VI. — PROTHÈSE

La question de la prothèse a été dernièrement soulevée par le docteur Cosse, qui préconise à nouveau le moulage. Ce procédé est évidemment un procédé de choix, car il permet d'adapter le mieux possible la pièce artificielle à la cavité orbitaire et de faire plus ressemblant. Il n'est pas moins vrai qu'avec une bonne collection d'yeux artificiels, on arrive à une prothèse largement suffisante à tout point de vue.

Il est des cas où il est difficile d'adopter les pièces d'une collection aux cavités orbitaires correspondantes ; ce sont ceux dans lesquels il y a des cicatrices vicieuses, des adhérences, des brides, etc. Dans ces cas, à défaut de blépharoplastie, le moulage pourrait être supérieur au procédé employé habituellement.

VII. — CÉCITÉ

Les blessés atteints de cécité complète ont été, par ordre de M. le Ministre de la Guerre, envoyés à Paris à l'hôpital des Quinze-Vingts, après guérison complète de leurs blessures ; jusqu'à présent, on a envoyé 5 militaires aveugles : un adjudant et quatre soldats, dont un arabe algérien.

Actuellement, sous la direction de M. le Professeur Truc, directeur de l'Association Valentin Haüy, a été organisé, au point de vue régional, une annexe spéciale pour les militaires devenus aveugles par blessures de guerre.

Les soldats aveugles pourront donc ajouter à la pension de l'Etat les bénéfices du métier qu'ils auront appris, et, grâce à l'écriture Braille et à la dactylographie, ils auront une existence relativement agréable.

C'est là une bonne œuvre d'assistance, à la fois morale, sociale et patriotique.

VIII. — CONJONCTIVITES REBELLES

Dès le début de la guerre, on a pu observer de nombreuses conjonctivites, soignées déjà depuis longtemps sans grand changement. Parmi celles-ci, les unes ont pu être guéries par le traitement de la cause ; les autres, qui résistaient à tout, ont paru être dues à des causes artificielles.

Beaucoup de conjonctivites rebelles, relevant d'états lacrymaux latents, ont été guéries par le cathétérisme lacrymal, qui, rétablissant la perméabilité des voies lacrymales, a supprimé la principale cause qui entretenait l'infection.

Dans d'autres cas, l'examen régional a permis de découvrir une affection du nez, de la bouche ou des sinus périorbitaires, suffisante pour entretenir l'infection de l'œil ; il a suffi, pour la guérison, de traiter la cause correspondante.

Enfin, l'état général : constipation, arthritisme, lymphatisme, etc., a pu être incriminé. Ici le traitement est plus difficile ; il a fallu s'adresser au régime : changement d'air, toniques, etc., en un mot, traiter la diathèse. On a pu ainsi, en tenant compte de ces diverses indications, obtenir de grandes améliorations rapides et des guérisons définitives.

On n'a pu, toutefois, dans certains cas, obtenir aucune amélioration ; bien plus, il semblait parfois que l'affection allait en s'aggravant ; il s'agissait alors de causes artificielles. Dans ces cas on observe, en général, l'unilatéralité des lésions, la paupière inférieure le plus souvent atteinte, enfin, des sortes de fausses membranes. On a même pu obtenir, d'un militaire, l'aveu d'avoir mis dans son œil de la nicotine.

Le badigeonnage au nitrate d'argent (1/50) présente, dans ces cas, le double avantage de traiter énergiquement le catarrhe conjonctival, et, par la douleur qu'il cause aux malades pour quelques heures, de lui servir d'avertissement salutaire.

IX. — SIMULATION ET EXAGÉRATION

Quelques militaires, ayant été blessés à des régions voisines de l'œil, accusent de l'amaurose de cet œil ou bien une diminution de la vision ; ils espèrent ainsi obtenir une gratification ou, seulement, être versés dans le service auxiliaire. D'autres, non blessés, se plaignent de troubles inexistants ou, plus souvent, exagèrent de légères affections pour échapper au service armé.

Dans tous ces cas, le diploscope de Rémy nous a rendu de grands services ; mais, en général, les moyens les plus simples nous ont donné les meilleurs résultats. C'est ainsi, par exemple, qu'en mettant devant l'œil normal un verre fortement convexe, et devant l'œil prétendu mauvais un verre neutre, on arrive à se convaincre de la tromperie ; on peut égale-

ment placer un verre opaque devant l'œil sain, en laissant l'autre à découvert.

Nous avons pu ainsi dépister toutes les exagérations ou simulations.

CONCLUSIONS

L'impression qui, pour nous, semble se dégager de cette étude est l'utilité de la création des divers centres militaires spéciaux.

La Direction générale du Service de Santé a non seulement permis aux blessés de recevoir des soins éclairés, mais encore, en exigeant des rapports mensuels, elle a fourni matière à des observations extrêmement intéressantes au point de vue médical et militaire.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 22 juillet 1915.
Pour le Recteur,
Le Professeur de Faculté délégué,
P. GACHON.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 22 juillet 1915.
Le Doyen,
MAIRET.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-propos	9
Introduction	11
Statistiques générales	13
Observations	17
Questions diverses :	
I. — Blessures de guerre	27
II. — Évidement et Énucléation	28
III. — Corps étrangers de la cornée	29
IV. — Cataracte traumatique	30
V. — Méningites tardives	30
VI. — Prothèse	31
VII. — Cécité	32
VIII. — Conjonctivites rebelles	32
IX. — Simulation et Exagération	33
Conclusions	35

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!